



**POLA INKONTINENSIA URIN PADA WANITA
USIA DIATAS LIMA PULUH TAHUN**

AGUNG WIRATMOKO

TESIS

**PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER SPESIALIS I
OBSTETRI DAN GINEKOLOGI
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG
2003**

**POLA INKONTINENSIA URIN PADA WANITA
USIA DIATAS LIMA PULUH TAHUN**

**Diajukan kepada Bagian Obstetri Ginekologi
Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro
Sebagai syarat untuk memperoleh
Gelar Dokter Spesialis
Dalam bidang Obstetri Ginekologi**

Oleh

AGUNG WIRATMOKO

**PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER SPESIALIS I
OBSTETRI DAN GINEKOLOGI
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG
2003**

HALAMAN PENGESAHAN

Judul Penelitian : POLA INKONTINENSIA URIN PADA
WANITA USIA DIATAS LIMA PULUH
TAHUN

Ruang Lingkup : Obstetri Ginekologi

Pelaksana Penelitian

Nama : dr.Agung Wiratmoko

N I P : 140 226 008

Pembimbing : dr.Bambang Suyono,SpOG (K)
dr.Syarief Thaufik Hidayat,SpOG

Peneliti,


dr.Agung Wiratmoko

Disetujui oleh

Pembimbing I


dr. Bambang Suyono,SpOG(K)

NIP 130 354 862

Pembimbing II


dr.Syarief Thaufik H, SpOG

NIP 140 255 451

Penelitian ini dilakukan
Sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Dokter Spesialis Obstetri Ginekologi

Hasil penelitian ini merupakan milik :

Bagian / SMF.Obstetri Ginekologi
Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro
Rumah Sakit Umum Pusat Dr.Kariadi
Semarang

Telah diajukan dan disetujui

Semarang,

Ketua Bagian / SMF Obstetri Ginekologi Ketua Program Studi PPDS I
FK UNDIP/RSUP Dr.Kariadi Obstetri dan Ginekologi FK UNDIP

Prof.dr.Noor Pramono,MMedSc,SpOG(K) dr.Suprijono K,SpOG(K)
NIP. 130 345 800 NIP. 140 090 806



KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, segala puji ke hadirat Allah SWT yang karena rahmat dan karuniaNya tesis dengan judul “ **Pola inkontinensia urin pada wanita usia diatas lima puluh tahun** “ ini dapat saya selesaikan. Tesis ini merupakan salah satu syarat dalam menempuh Program Pendidikan Dokter Spesialis I Bidang Obstetri dan Ginekologi pada Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang, untuk mendapatkan gelar Dokter Spesialis Obstetri dan Ginekologi.

Dari sanubari saya yang terdalam dengan ketulusan hati dan rasa hormat,saya mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah secara langsung maupun tidak langsung membantu dan membimbing saya selama mengikuti Program Pendidikan Dokter Spesialis I Bidang Obstetri dan Ginekologi pada Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang,dan juga selama saya melaksanakan dan menyelesaikan tesis ini, khususnya saya tujukan kepada :

1. **Prof. dr. Noor Pramono, MMed.Sc, SpOG (K)** selaku Ketua Bagian / Kepala SMF Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro / Rumah Sakit Umum Pusat Dr.Kariadi Semarang yang telah memberikan kesempatan dan membimbing saya selama mengikuti pendidikan Program Pendidikan Dokter Spesialis I Bidang Obstetri dan Ginekologi.
2. **dr. Suprijono Kartodarsono, SpOG (K)** selaku Ketua Program Studi Program Pendidikan Dokter Spesialis I Bidang Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang, yang selalu membimbing dan mengarahkan saya agar dapat meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan dalam bidang Obstetri dan Ginekologi.
3. **dr. Bambang Suyono ,SpOG (K)** dan **dr. Syarief Thaufik Hidayat, SpOG** selaku pembimbing tesis ini yang dengan penuh perhatian dan kesabaran selalu memberikan arahan.
4. Para Guru dan Guru besar di Bagian Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang yang dengan kearifan, kesabaran dan ketekunannya telah memberikan kesempatan, bimbingan dan arahan kepada

saya selama mengikuti pendidikan Program Pendidikan Dokter Spesialis I Bidang Obstetri dan Ginekologi.

5. Seluruh Staf Bagian Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro yang telah memberikan bekal pengetahuan dan ketrampilan selama saya mengikuti Program Pendidikan Dokter Spesialis I Bidang Obstetri dan Ginekologi.
6. Sejawat Residen Bagian Obstetri dan Ginekologi, Bidan dan paramedis Rumah Sakit Umum Pusat Dr.Kariadi Semarang yang telah membantu dan bekerjasama baik selama saya mengikuti pendidikan.

Tesis ini saya persembahkan dengan harapan dapat menjadi kebanggaan dan kebahagiaan untuk : Istri dan anak – anak saya **Mahritha, Ariya Tetuka Puspayuda dan Indra Renata Widyadhana**, yang dengan penuh kesabaran, kesadaran, derita dan kasih sayangnya telah mendorong dan membangkitkan semangat untuk segera menyelesaikan pendidikan ini. Kedua orang tua saya **Suharno dan Suwarti Kartodipuro**, mertua saya **Tajerifil dan Rusmawati** yang telah memberikan bantuan moril maupun materiil.

Akhir kata, saya harapkan tesis ini dapat menjadi sumbangan dalam pengembangan ilmu, khususnya bidang Obstetri dan Ginekologi serta bermanfaat bagi masyarakat luas. Untuk itu saran dan kritik yang membangun dapat disampaikan untuk kesempurnaan tesis ini

Semarang, Oktober 2003

Agung Wiratmoko

ABSTRAK

Inkontinensia urin pada wanita merupakan problem kesehatan dan juga sosial. Angka kejadiannya meningkat seiring dengan peningkatan usia. Prevalensi inkontinensia urin belum diketahui pasti. Angkanya berbeda – beda tergantung dari jumlah sampel populasi dan metodologi penelitian.

Tujuan : Mengetahui pola inkontinensia urin pada wanita usia diatas lima puluh tahun meliputi angka kejadian, tipe yang banyak dijumpai, faktor – faktor yang mempengaruhi kejadian, dan usaha yang dilakukan untuk mengatasinya.

Metode : Penelitian secara deskriptif observasional dengan metode potong lintang.

Subyek : 386 wanita usia 50 tahun keatas di Semarang.

Hasil : Dari jumlah sampel 386 didapatkan inkontinensia urin 91 (23,6%) dan tidak inkontinensia urin 295 (76,4%). Tipe – tipe inkontinensia urin yang didapatkan adalah *stress incontinence* 19(20,8 %), *urge incontinence* 22 (24,2 %), dan *mixed incontinence* 50 (55,0 %). Tidak ada hubungan bermakna inkontinensia urin dengan umur dan jenis pekerjaan ($p>0,05$), sedangkan jumlah paritas > 5 , lama menopause > 10 tahun dan cara persalinan menunjukkan hubungan bermakna ($p<0,05$). Akibat inkontinensia urin terbanyak gangguan tidur 58(63,7%) dan perilaku mengganti celana dalam terbanyak 3 – 5 kali perhari 48 (52,7 %). Masih banyak yang tidak berusaha untuk mengatasi inkontinensia urin yaitu 70 (76,9%).

Simpulan: Angka kejadian inkontinensia urin pada wanita usia diatas lima puluh tahun 23,6%, tipe terbanyak *mixed incontinence*, faktor yang berpengaruh kejadian inkontinensia urin adalah jumlah paritas > 5 , lama menopause > 10 tahun dan cara persalinan, inkontinensia urin mengganggu perasaan dan perilaku, tetapi masih banyak yang belum berusaha untuk mengatasinya.

DAFTAR ISI

Halaman judul	i
Halaman pengesahan	iii
Kata pengantar	v
Abstrak	vii
Daftar isi	viii
Daftar tabel	x
BAB I. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar belakang	1
1.2 Identifikas masalah	4
1.3 Rumusan masalah	4
1.4 Keaslian penelitian.....	5
1.5 Tujuan penelitian.....	5
1.6 Manfaat penelitian	6
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1 Definisi.....	7
2.2 Etiologi inkontinensia urin.....	10
2.3 Klasifikasi inkontinensia urin.....	11
2.3.1.1 <i>Stress incontinence</i>	11
2.3.1.2 <i>Urge incontinence</i>	15
2.3.1.3 <i>Retention with overflow</i>	16
2.4 Penanganan.....	17
2.5 Kerangka teori.....	18
2.6 Kerangka konsep	19
BAB III. METODE PENELITIAN.....	20
3.1 Desain penelitian.....	20
3.2 Tempat dan pelaksana penelitian	20
3.3 Populasi penelitian.....	20
3.4 Penentuan besar sampel.....	21
	viii

3.5 Pengambilan sampel.....	21
3.6 Kriteria subyek penelitian.....	22
3.7 Pengumpulan dan pengolahan data.....	22
3.8 Analisis data.....	22
3.9 Etika penelitian	22
3.10 Alur penelitian.....	23
3.11 Definisi operasional	23
3.12 Jadual penelitian dan pembiayaan.....	25
BAB IV. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	26
4.1 Hasil penelitian.....	26
4.2 Pembahasan.....	36
BAB V. SIMPULAN.....	40
BAB VI. SARAN	41
DAFTAR PUSTAKA	42
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Wanita usia 50 tahun keatas di wilayah kerja Puskesmas Kagok	26
Tabel 2. Kejadian inkontinensia urin	27
Tabel 3. Kelompok umur	28
Tabel 4. Lama menopause	29
Tabel 5. Pertama kali mengalami inkontinensia urin	29
Tabel 6. Tipe inkontinensia urin berdasarkan kelompok umur	30
Tabel 7. Frekuensi inkontinensia urin	31
Tabel 8. Paritas.....	31
Tabel 9. Cara persalinan.....	32
Tabel 10. Faktor yang berpengaruh kejadian inkontinensia urin.....	32
Tabel 11. Pekerjaan.....	33
Tabel 12. Perilaku yang terjadi akibat inkontinensia urin.....	34
Tabel 13. Akibat inkontinensia urin.....	34
Tabel 14. Perasaan yang timbul akibat inkontinensia urin.....	34
Tabel 15. Usaha untuk mengatasi inkontinensia urin.....	35

BAB I.

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang penelitian

Salah satu keberhasilan pembangunan dibidang kesehatan, tercermin pada peningkatan usia harapan hidup wanita Indonesia. Pada awal Pelita I usia harapan hidup wanita Indonesia hanya 48,05 tahun, tahun 1980 menjadi 50,9 tahun, tahun 1985 menjadi 61,7 tahun, tahun 1995 menjadi 66,7 tahun dan pada tahun 2000 diharapkan akan mencapai 70 tahun ¹. Bertambahnya usia harapan hidup ini harus disertai dengan meningkatnya kualitas hidup agar para wanita dapat menjalani seluruh hidupnya tanpa rasa rendah diri dan terbebas dari penyakit ².

Di beberapa negara maju, keluhan klimakterik dan menopause sudah merupakan masalah kesehatan nasional. Sedangkan untuk negara Indonesia, walaupun saat ini keluhan klimakterik dan menopause bukanlah suatu masalah kesehatan nasional yang utama, tetapi sudah mulai dirasakan perlu adanya persiapan dan pembenahan terhadap cara-cara penanganan masalah kesehatan pada usia lanjut pada umumnya atau masalah menopause pada khususnya terutama dalam era tahun 2000 ³.

Suatu penelitian epidemiologik yang dilakukan oleh Iosif dan Bekasy (1984) pada wanita pasca menopause, seperti dikutip Soejoenoes, menunjukkan bahwa 50 % wanita sehat yang berusia 61 tahun mengeluh tentang masalah urogenital. Dua puluh sembilan persen mengakui pernah

menderita inkontinensia urin, sedangkan 70 % dari kelompok ini inkontinensia yang terjadi berhubungan dengan defisiensi estrogen. Makin tinggi usianya, makin banyak pula prevalensi inkontinensia urin ini, bahkan gejala ini menjadi problem utama pada usia di atas 75 tahun ⁴.

Keadaan hipoestrogen pasca menopause berhubungan dengan perubahan anatomi dan fisiologi seperti penipisan mukosa uretra, kehilangan tekanan untuk menutup uretra dan perubahan sudut uretrovesikal, faktor – faktor ini berhubungan dengan inkontinensia urin ⁵.

Adanya devitalisasi atau melemahnya kekuatan vagina dan mukosa uretra maka pada wanita usia lanjut lebih sering mengalami infeksi. Sedangkan perubahan anatomi seperti dinding vagina dan efektifitas ligamentum uretra berkurang sebagai hasil proses penuaan, maka sfingter uretra akan lebih terbuka sehingga terjadi inkontinensia urin dan sering terjadi infeksi pada traktus urinarius wanita tersebut ⁶.

Walaupun inkontinensia urin bukan merupakan suatu keadaan yang membahayakan hidup, namun dapat menurunkan kualitas hidup, menyebabkan cacat, stres pada penderita dan merupakan morbiditas pada masyarakat. Inkontinensia tidak hanya merupakan problem kesehatan tetapi juga sosial ¹.

Banyak dari penderita merasa malu mengemukakan keluhan inkontinensia urin dan menganggap suatu hal yang biasa terjadi pada wanita, serta tidak tahu ke mana harus berobat. Sehingga berapa angka kejadian mereka yang mengalami inkontinnsia urin ini belum dapat diketahui dengan pasti. Di AS,

“ The National Public Health Institute “ menemukan dari hasil penelitian bahwa pengeluaran negara untuk inkontinensia urin adalah 12 milyar US Dollar per tahun ^{7,8,9}.

Prevalensi inkontinensia urin ditemukan pada usia yang bervariasi. Puncak prevalensi pada usia pertengahan hidup dilaporkan oleh banyak pengarang, dengan menopause sebagai implikasi penyebabnya. Prevalensi inkontinensia urin dilaporkan pada wanita selama transisi menopause bervariasi 8 % sampai 56 % tergantung pada definisi operasional inkontinensia urin dan sampel populasi. Meskipun menopause menunjukkan hubungan dengan inkontinensia urin pembuktian untuk menjadi faktor independen pada prevalensi inkontinensia urin belum didapatkan ⁴. Di Amerika Serikat dilaporkan lebih dari 13 juta orang yang mengalami inkontinensia urin dan kurang lebih 7 juta di antaranya wanita ^{10,11}.

Selain menopause ada faktor – faktor lain yang dapat menyebabkan terjadinya inkontinensia urin yaitu antara lain : riwayat operasi sebelumnya (bedah sesarea, histerektomi ataupun reparasi vaginal), kecelakaan / trauma di daerah pelvis / punggung, kelainan neurologik, infeksi saluran kencing, obesitas, merokok, kelainan bawaan dan sebagainya ⁷.

1.2 Identifikasi masalah

- Angka harapan hidup wanita Indonesia di masa yang akan datang meningkat, sehingga jumlah wanita pascamenopause juga meningkat.
- Perubahan hormonal pada wanita menopause mengakibatkan perubahan anatomi dan fungsi dari traktus urogenital, di antaranya terjadi inkontinensia urin lebih sering pada wanita usia tersebut.
- Prevalensi inkontinensia urin belum diketahui pasti oleh karena banyak wanita merasa malu dan menganggap hal biasa terjadi pada wanita, serta tergantung definisi operasional dan jumlah sampel populasi penelitian. Di negara barat angka kejadian inkontinensia urin meningkat pada wanita pasca menopause dan terbanyak oleh karena *stress incontinence*.

1.3 Rumusan masalah

1. Berapa angka kejadian inkontinensia urin pada wanita usia diatas 50 tahun ?
2. Tipe inkontinensia apa yang paling banyak terjadi pada wanita usia tersebut ?
3. Faktor – faktor apa saja yang berpengaruh terjadinya inkontinensia urin ?
4. Apakah dengan inkontinensia urin wanita tersebut merasa terganggu ?
5. Usaha – usaha apa saja yang dilakukan untuk mengatasi inkontinensia urin ?

1.4 Keaslian penelitian

Penelitian tentang prevalensi inkontinensia urin pada wanita telah banyak dilakukan dengan hasil yang berbeda-beda disebabkan adanya perbedaan definisi, metodologi, kelompok umur, negara dan etnis yang diteliti ^{4,10,11}. Di Semarang belum pernah dilakukan penelitian tentang prevalensi inkontinensia urin pada wanita.

1.5 Tujuan Penelitian

1.5.1 Tujuan umum :

Untuk mengetahui angka kejadian inkontinensia urin pada wanita usia diatas 50 tahun .

1.5.2 Tujuan khusus :

- Untuk mengetahui tipe inkontinensia yang terbanyak pada wanita usia diatas 50 tahun .
- Untuk mengetahui faktor – faktor yang berpengaruh terjadinya inkontinensia urin.
- Untuk mengetahui. apakah wanita tersebut merasa terganggu dengan adanya inkontinensia urin.
- Untuk mengetahui usaha – usaha apa saja yang dilakukan untuk mengatasi inkontinensia urin.

1.6 Manfaat Penelitian

Penelitian ini sebagai data awal untuk penanganan inkontinensia urin pada wanita usia lebih 50 tahun di kota Semarang, sehingga dapat ditingkatkan kualitas hidupnya dan dapat mengurangi beban orang lain (“manfaat untuk program”).

Selain itu dengan adanya penelitian ini dapat sebagai sarana untuk pengembangan bidang uroginekologi di bagian Obstetri dan Ginekologi di FK.UNDIP-RS.dr.Kariadi Semarang (“manfaat untuk keilmuan”).

BAB II.

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Definisi

Berdasarkan ICS (“ International Continence Society “) pada tahun 1976, inkontinensia urin adalah suatu keadaan terjadinya pengeluaran urin yang tidak disadari (*involuntary*) dimana hal ini menimbulkan masalah sosial atau kebersihan dan dapat dibuktikan secara obyektif tanpa melihat jumlah dan frekuensi terjadinya pengeluaran urin tersebut. Diokno dkk, mendefinisikan bahwa inkontinensia urin adalah setiap adanya pengeluaran urin tanpa terkontrol yang terjadi selama 12 bulan sebelumnya tanpa melihat derajat keparahannya. Sedangkan Thomas dkk, mendefinisikan inkontinensia urin berdasarkan jumlah episode yang terjadi yaitu lebih dari 2 kali dalam sebulan ¹².

Oleh karena adanya penurunan kadar hormon terutama estrogen, pada wanita menopause akan menyebabkan perubahan pada seluruh sistem reproduksi termasuk traktus urogenital. Semua struktur dari traktus tersebut mempunyai reseptor – reseptor estrogen tetapi aktifitas biologiknya berbeda – beda. Afinitas reseptor terhadap estrogen berbeda – beda untuk masing – masing organ. Afinitas reseptor estrogen pada uterus adalah 100 % sedangkan afinitas reseptor estrogen dari traktus urogenital adalah berturut – turut sebagai berikut : 60 % pada vagina, 40 % pada uretra, dan 25 % pada

muskulus levator ani dan ligamen – ligamen dasar panggul. Penurunan kadar estrogen dapat mengakibatkan gangguan yang dialami wanita usia lanjut berupa gangguan haid, mati haid, keluhan klimakterik, gangguan sistemik maupun lokal ⁶.

Menurunnya kadar estrogen akan menyebabkan jaringan urogenital dan dasar panggul mengalami atrofi. Epitel vulva dan vagina menipis dan mudah terinfeksi ¹³. Akibat menghilangnya jaringan lunak dan elastik vulva serta menipis dan berkurangnya vaskularisasi menyebabkan lipatan labia mengerut dan tonjolannya menipis. Mengerutnya introitus vagina dan berkurangnya rugae vagina serta menurunnya jumlah kelenjar dan aktivitas sekresinya akan mudah terkena lesi dan iritasi karena trauma, sehingga menimbulkan keluhan vulva dan vagina seperti kering, pruritus, panas, dispareni. Atrofi mukosa vagina dan uretra memberi gejala pula seolah – olah ada keluhan traktus urinarius. Perubahan flora vagina sebagai akibat perubahan hormonal pada saat menopause diperkirakan memegang peranan penting dalam patogenesis terjadinya infeksi traktus urinarius. Pada wanita subur sampai premenopause, estrogen menyebabkan tumbuhnya koloni laktobasilus dalam vagina yang mengubah glikogen pada sel superfisial vagina menjadi asam laktat, sehingga mengakibatkan pH vagina rendah dan menghambat invasi bakteri patogen gram negatif. Setelah menopause, keadaan atrofi vulvovaginal menyebabkan pertumbuhan laktobasilus terhambat. Dengan meningkatnya glikogen dalam sel superfisial dan menjadi encernya sekret vagina, pH vagina meningkat. Keadaan ini memudahkan terjadinya infeksi. Pengerutan dan pemendekan

uretra menyebabkan lemahnya meatus uretra eksterna sehingga memudahkan terjadinya uretritis dan disuri ¹⁴. Vagina akan didominasi oleh koloni Enterobakteri terutama *Escherechia coli* yang diduga sebagai penyebab infeksi traktus urinarius pada wanita menopause ¹⁵.

Inkontinensia urin terjadi karena adanya suatu disfungsi mekanisme fisiologi dari proses miksi yang normal pada saluran kencing bagian bawah. Tahanan tekanan uretra tidak mampu lebih besar lagi untuk menahan tekanan kandung kencing yang timbul baik karena faktor intrinsik ataupun ekstrinsik. Faktor intrinsik yang dimaksud adalah otot – otot bergaris dan otot polos dari dinding uretra, kongesti vaskuler dari pleksus venosus submukosa uretra , susunan epitel dari lapisan permukaan dalam uretra, elastisitas dan tonus dari uretra yang dipengaruhi oleh sistim saraf simpatis melalui reseptor alfa adrenergik. Sedangkan faktor ekstrinsik adalah otot – otot dasar panggul (musculus levator ani) dan fascia endopelvik yang melekat pada dinding samping pelvis dan uretra ^{16,17}.

Adanya devitalisasi atau melemahnya kekuatan vagina dan mukosa, wanita usia lanjut lebih cenderung mengalami infeksi. Sedangkan perubahan anatomi seperti dinding vagina dan efektivitas ligamentum uretra berkurang, sebagai hasil dari proses penuaan, maka sfingter uretra akan lebih terbuka yang lebih lanjut dapat terjadi inkontinensia urin dan sering terjadi infeksi pada traktus urinarius wanita tersebut ⁶.

2.2 Etiologi Inkontinensia Urin

Secara klinis, sebab dari inkontinensia urin dapat dikelompokkan dalam ⁸

1. Problem vesika urinaria dapat berupa :
 - *unstable bladder / detrusor instability*
 - *stress incontinence* (dasar panggul lemah, multipara, perubahan hormon estrogen)
 - infeksi saluran kencing
2. Kendali persarafan kurang
 - tidak ada sinkronisasi antara kontraksi vesika urinaria dan relaksasi uretra / *bladder uretra dissynergy* (diabetes mellitus, Parkinson).
 - hipotoni vesika urinaria (diabetes mellitus, Parkinson, kerusakan otak)
3. Problem penyesuaian lingkungan
 - tempat kencing jauh
 - mobilitas yang lambat dan sakit (stroke, artritis, Parkinson)
 - problem mental (demensia)
4. Penyakit yang menyertai (fraktur femur, diabetes mellitus)
5. Iatrogen
 - Obat – obatan relaksasi otot dapat menyebabkan retensi (mis : phenotiazin, chlorpromazin)
 - obat meningkatkan tonus otot sfingter uretra pada stres inkontinensia bisa menyebabkan resistensi uretra meningkat (propanolol, ergotamin).

2.3 Klasifikasi inkontinensia urin

Suatu klasifikasi fungsional , menurut Sutherst JR dkk, inkontinensia urin terbagi atas ¹⁷ :

2.3.1 Kebocoran Uretral (*Urethral Leakage*)

1. Inkontinensia *Stress* (*Stress Incontinence*)

2. Inkontinensia *Urge* (*Urge Incontinence*)

3. *Retention with Overflow*

2.3.2 Kebocoran Ekstra Uretral (*Extra Urethral Leakage*)

4. Fistula

5. Kongenital

2.3.1.1 *Stress Incontinence*

Stress Incontinence adalah keluarnya urin yang tidak disadari ketika tekanan intra vesikal melebihi tekanan penutupan uretra maksimum dengan tidak adanya aktivitas detrusor ¹⁰. Inkontinensia ini disebut juga sfingter inkontinensia atau inkontinensia tegangan paling sering dijumpai pada wanita yaitu 40 %. Meningkatnya tekanan intra abdominal misalnya batuk, bersin, tertawa, melompat atau mengangkat benda berat menyebabkan tekanan hidrostatik vesika urinaria meningkat, sehingga otot sfingter tidak mampu lagi menutup ^{10,18}.

Menurut beratnya dapat dibagi dalam 3 derajat yaitu :

Derajat I : Urin keluar pada saat batuk, bersin , tertawa

Derajat II : Urin keluar pada saat mengangkat berat atau melompat

Derajat III : urin keluar saat berdiri, jalan tetapi tidak saat berbaring

Klasifikasi anatomik dari inkontinensia urin ini ada 4 yaitu ²⁰ :

- a. Tipe O. Pasien mengeluh secara khas riwayat inkontinensia tetapi tidak dapat dibuktikan secara pemeriksaan klinis dan urodinamik. Kegagalan menampilkan inkontinensia ini mungkin disebabkan oleh kontraksi sejenak secara volunter dari sfingter uretra eksternal selama pemeriksaan dilakukan.
- b. Tipe II. Leher vesika urinaria tertutup saat istirahat dan terletak di atas tepi bawah simfisis. Pada saat stres leher vesika urinaria dan uretra bagian atas terbuka dan menurun lebih dari 2 cm dan inkontinensia urin nyata selama peningkatan tekanan intra abdominal.
- c. Tipe II A. Leher vesika urinaria tertutup pada saat istirahat dan berada di atas tepi simfisis. Selama stres vesika urinaria dan bagian atas uretra terbuka dan terdapat penurunan rotasional khas sistouretrosel. Inkontinensia urin nyata saat peningkatan tekanan intra abdominal.
- d. Tipe II B. Leher vesika urinaria tertutup saat istirahat dan berada di atas tepi simfisis. Selama stres dapat atau tidak

disertai penurunan, tetapi bagian tepi atas uretra terbuka dan terjadi inkontinensia.

- e. Tipe III. Leher vesika urinaria dan bagian atas uretra terbuka saat istirahat saat tidak ada kontraksi detrusor. Terdapat kebocoran urin yang nyata, mungkin gravitasional atau berkaitan dengan peningkatan minimal tekanan dalam vesika urinaria.

Stress incontinence ini sering didapatkan pada wanita muda dan pertengahan umur terutama yang pernah melahirkan dan lebih meningkat pada masa menopause akibat kekurangan hormon estrogen yang mengakibatkan hilangnya tonus jaringan kavernosus uretra dan otot uretra. Pada penderita ini jarang ngompol malam di tempat tidur sebab stres eksternal dan tekanan intra abdominal tidak meningkat pada posisi berbaring^{21,22}.

Stress incontinence pada umumnya disebabkan hipermobilitas dari uretra oleh karena hilangnya penyangga dari perbatasan uretrovesikalis / *bladder neck*. *Bladder neck* ini disangga oleh ligamen pubouretral. Oleh karena letak vagina dan serviks berdekatan dengan dinding posterior vesika urinaria maka adanya ligamen uterosakralis dan ligamen servikal transversalis menjadikan suatu bagian yang integral guna mempertahankan posisi proksimal uretra pada rongga abdomen. Normalnya, adanya peningkatan tekanan intra abdomen akan disebarkan secara merata ke vesika urinaria hingga daerah perbatasan uretrovesikalis. Hal ini akan menyebabkan tidak adanya perbedaan antara

tekanan intrauretralis dan tekanan intravesikalis saat terjadinya peningkatan tekanan intraabdominal¹⁷. Hipermobilitas tersebut menyebabkan pergeseran dari uretra dan *bladder neck* keluar dari rongga abdomen saat adanya peningkatan tekanan intraabdomen, hal ini akan meningkatkan tekanan vesika urinaria melebihi tekanan intrauretralis dan menyebabkan pengeluaran urin¹⁷.

Penyebab lain terjadinya *stress incontinence* ini adalah kelemahan intrinsik dari sfingter uretra yaitu tidak adanya tekanan intrinsik yang normal dari uretra. Penutupan uretral yang normal dipengaruhi faktor intrinsik dan ekstrinsik dari uretra, dimana faktor ekstrinsik tersebut adalah otot – otot dasar panggul dan fascia endopelvik sedangkan faktor intrinsik adalah adanya otot – otot bergaris / otot polos dinding uretra, pleksus venosus submukosa, susunan epitel yang melapisi mukosa uretra, elastisitas dan tonus dari uretra. Mukosa dan lapisan subepitel yang banyak mengandung pleksus pembuluh – pembuluh darah, integritas susunannya dipengaruhi oleh hormon estrogen, demikian pula jaringan kolagen yang mempunyai kontribusi terhadap tekanan uretra pada saat istirahat^{5,16,17}.

Beberapa keadaan yang dapat menyebabkan kelemahan sfingter uretra intrinsik adalah kelainan kongenital, adanya jaringan parut akibat trauma atau operasi berulang oleh karena kegagalan koreksi inkontinensia secara operatif, lesi – lesi neurologi, partus, obesitas^{5,16,17}.

2.3.1.2 *Urge Incontinence*

Disebut juga detrusor inkontinensia atau *over active bladder* atau *unstable bladder* ; yaitu kebocoran urin disertai perasaan kuat untuk kencing, terjadi siang ataupun malam hari disebabkan vesika urinaria hiperaktif dimana terjadi kontraksi kuat otot detrusor untuk mengeluarkan urin diluar kehendak penderita. Prevalensinya meningkat sesuai dengan peningkatan umur. Pada wanita 22 % dari penderita inkontinensia urin²³.

Inkontinensia jenis ini ditandai dengan adanya pengeluaran urin yang tanpa disadari yang didahului dengan adanya keinginan yang kuat sekali untuk kencing tanpa melihat apakah vesika urinaria penuh atau tidak. Penderita biasanya mengatakan bahwa dia belum sampai ke kamar kecil tetapi kencingnya sudah terjadi. Sering penderita pergi ke kamar kecil dan terbangun pada malam hari karena ingin kencing²⁴.

Ada dua tipe inkontinensia jenis ini yaitu: Tipe *motor urge incontinence*, dimana terjadinya inkontinensia urin karena adanya aktivitas yang berlebihan / terjadi spontan tanpa bisa dihambat (*over active*) dari otot – otot detrusor, dan tipe *sensory urge incontinence* bila otot – otot detrusor dalam keadaan stabil tidak melakukan kontraksi seperti pada *motor urge incontinence* , pada saat adanya sensasi untuk kencing yang tampak pada pemeriksaan sistometri terjadi penurunan kapasitas vesika urinaria. Dalam keadaan normal rangsangan sensori pertama untuk kencing terjadi jika vesika urinaria terisi 200 ml urin^{12,16,17}.

Sebagian besar kasus inkontinensia ini penyebabnya masih belum diketahui atau idiopatik sehingga disebut sebagai *over active bladder*. Penyebab lainnya adalah kelainan neurologi misalnya trauma spinal, stroke, sklerosis multipel; infeksi, keganasan dan batu kandung kencing^{17,24}.

2.3.1.3 Retension With Overflow

Inkontinensia tipe ini ditandai dengan kebocoran / limpahan urin dalam jumlah sedikit karena desakan mekanik akibat vesika urinaria sangat teregang. Ini sering dijumpai pada wanita usia lanjut, dapat terjadi fungsional atau organik. Hal ini dapat dijumpai pada beberapa keadaan, yaitu¹⁷ :

- a) Inflamasi, misalnya herpes genital
- b) Trauma paska operasi sesarea, persalinan, reparasi vagina dan histerektomi
- c) Massa pada pelvis, kistoma ovarii, mioma servikalis, kehamilan dapat menyebabkan retensio urin.
- d) Preparat antikolinergik yang dosisnya terlalu besar dapat menyebabkan retensio urin oleh karena tidak adekuatnya otot – otot detrusor untuk berkontraksi guna pengosongan vesika urinaria secara sempurna.

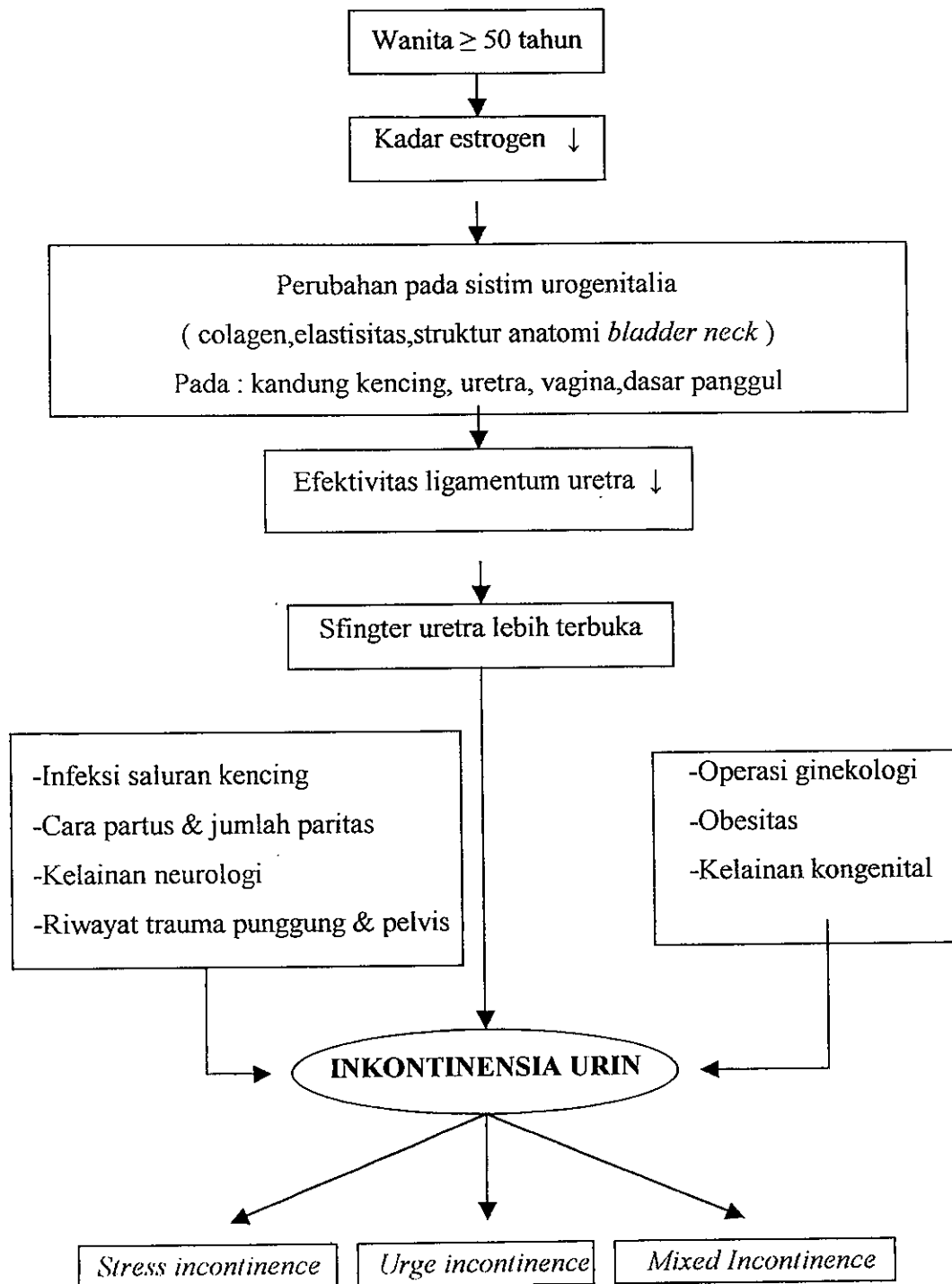
2.4 Penanganan

Penanganan inkontinensia urin dapat dilakukan dengan dua pendekatan yaitu operatif dan konservatif¹⁷. Tindakan operatif pada umumnya dilakukan pada penderita *stress incontinence*, yaitu dengan melakukan koreksi terhadap hipermobilitas uretra misalnya *anterior colporrhaphy*, *retropubic urethropexy*, *laparoscopic bladder neck suspension*, *abdominal paravaginal repair*, *transvaginal bladder neck suspension*, dan koreksi terhadap kelemahan intrinsik dari sfingter uretra misalnya *sling procedures*, *periurethral injectable agents*, *artificial urinary sphincter*¹⁷.

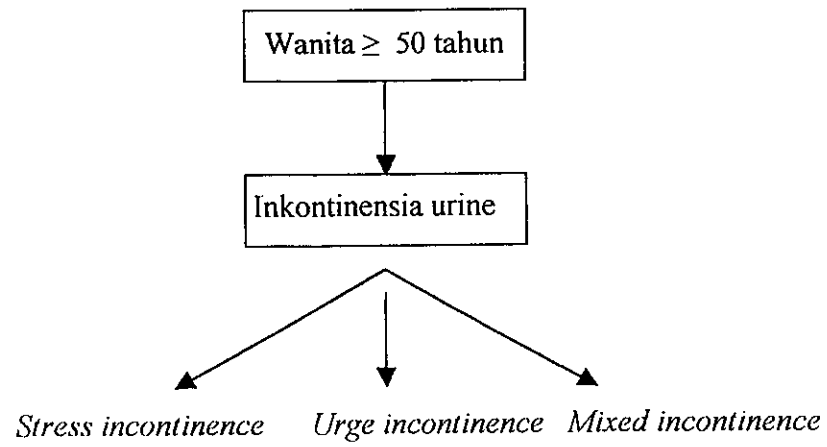
Untuk pengobatan konservatif atau non operatif dapat dilakukan seperti latihan otot – otot dasar panggul, latihan kandung kencing / *bladder training*, pemberian obat – obatan yang menghambat kontraksi dari detrusor, obat – obatan yang meningkatkan hambatan pengeluaran urin (golongan .beta adrenergik antagonis) serta terapi estrogen.

Pemilihan pengobatan tersebut dengan mempertimbangkan beberapa faktor antara lain seberapa besar ketidaknyamanan penderita dan pengaruhnya terhadap pekerjaan, keluarga dan kehidupan sosial; motivasi penderita terhadap pengobatan yang ada, umur, berat badan dan keadaan umum penderita, pemeriksaan urodinamik dan derajat penurunan *bladder neck* dan jumlah urin yang dapat diukur secara obyektif.

2.5 Kerangka Teori



2.6 Kerangka konsep



BAB III.

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Penelitian ini adalah penelitian deskriptif observasional menggunakan metode potong lintang.

3.2 Tempat dan Pelaksana Penelitian

- Penelitian dilakukan di Kota Semarang di wilayah kerja Puskesmas Kagok yang terdiri dari 4 kelurahan yaitu kelurahan Wonotingal, Candi, Kaliwiru dan Tegalsari.
- Pelaksana penelitian adalah peneliti sendiri dan petugas kesehatan yang telah dilatih melalui *pilot study* sehingga mempunyai kesamaan didalam mewawancara .

3.3 Populasi Penelitian

Wanita dengan usia 50 tahun keatas di wilayah kerja Puskesmas Kagok kota Semarang.

3.4 Penentuan Besar Sampel

Untuk mendapatkan ketelitian yang cukup memadai dari suatu hasil yang berupa persentase dimana dengan konfidensi 95 % dengan tingkat signifikansi 5 %, prakiraan persentase kejadian inkontinensia urin 50 % dan tingkat presisi sebesar 5 % maka digunakan rumus sebagai berikut :

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 PQ}{d^2}$$

n : Besar sampel

Z_{α} : dengan tingkat signifikansi $\alpha = 5 \%$, konfidensi 95 %

$$Z_{\alpha}=1,96$$

P : Proporsi kejadian inkontinensia urin, karena tidak ada data digunakan 0,5

$$Q = (1 - P) = 0,5$$

d : tingkat presisi = kesalahan pendugaan yang bisa ditolerir = 0,05

$$\begin{aligned} n &= \frac{1,96^2 \times 0,5 \times 0,5}{(0,05)^2} \\ &= 386 \end{aligned}$$

3.5 Pengambilan sampel

Pengambilan sampel pada penelitian ini adalah *simple random sampling* yang dialokasikan secara proporsional.

3.6 Kriteria Subyek Penelitian

Kriteria inklusi :

- Wanita yang saat penelitian ini berusia ≥ 50 tahun
- Bersedia mengikuti penelitian ini

3.7 Pengumpulan dan Pengolahan Data

Sampel penelitian sejumlah 386 dipilih secara proporsional dan acak. Kemudian kesemuanya dilakukan wawancara langsung menggunakan kuesioner yang telah dirancang. Hasil wawancara (data) dikumpulkan kemudian dilakukan tabulasi.

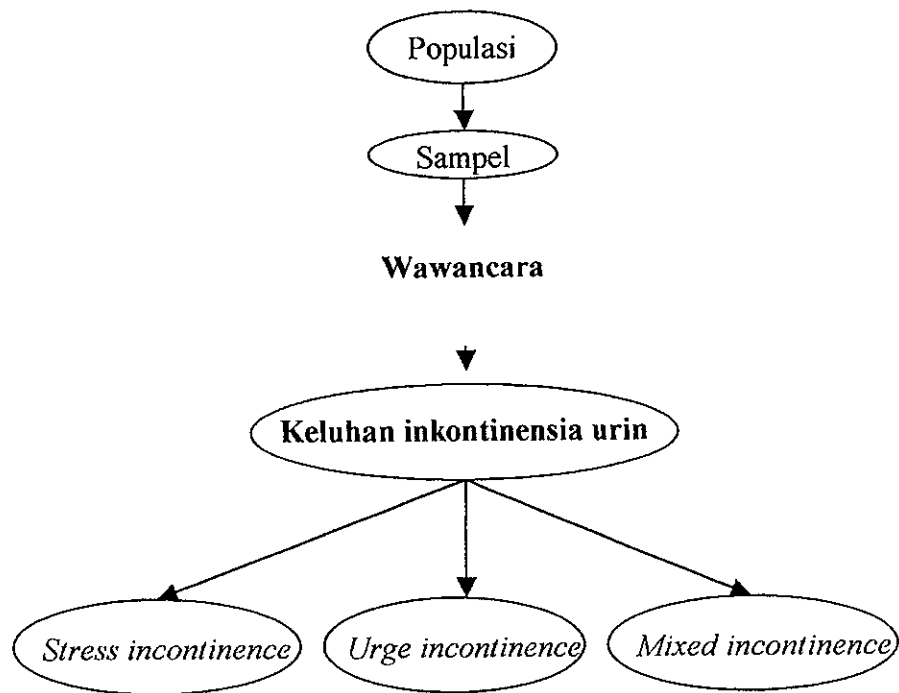
3.8 Analisis Data

Analisis data dilakukan dengan cara tabulasi kemudian menggunakan penghitungan statistik berupa : rerata, frekuensi, dan angka kejadian inkontinensia urin.

3.9 Etika penelitian

Semua subyek pada penelitian ini memberikan persetujuan tertulis yang menyatakan kesediaannya untuk diikutkan dalam penelitian dengan tidak membebani dan melanggar etika agama dan kesusilaan masyarakat.

3.10 Alur Penelitian



3.11 Definisi Operasional

- Inkontinensia urin : (definisi DIOKNO)

Setiap adanya pengeluaran urin tanpa kontrol yang terjadi selama 12 bulan sebelumnya tanpa melihat derajat keparahannya.

- *Stress incontinence* :

Pengeluaran urin yang tanpa disadari oleh penderita bersamaan dengan adanya peningkatan tekanan intraabdominal seperti bersin, batuk, tertawa, ataupun latihan – latihan yang dapat meningkatkan tekanan intra abdominal.

- *Urge incontinence* :

Pengeluaran urin yang tanpa disadari yang didahului dengan adanya keinginan yang kuat sekali untuk kencing tanpa melihat apakah kandung kencingnya penuh atau tidak.

- *Mixed incontinence* : adalah campuran antara *stress incontinence* dan *urge incontinence*

- Infeksi Saluran Kencing :

Adanya keluhan nyeri saat kencing

- Partus :

Proses persalinan yang pernah terjadi sebelum terjadinya inkontinensia urin dalam penelitian ini yang dicatat adalah jumlah paritas dan cara persalinan.

- Kelainan neurologi :

Semua kelainan neurologi yang dapat menimbulkan gangguan proses kencing seperti *stroke*

- Riwayat operasi ginekologi :

Histerektomi, reparasi vagina, sterilisasi

- Riwayat trauma pelvis dan punggung :

Kecelakaan lalulintas, ataupun operasi / trauma pada daerah tersebut.

3.12 Jadwal Penelitian dan Pembiayaan

Penelitian dilakukan mulai Juli 2002 sampai Januari 2003. Biaya penelitian ditanggung sepenuhnya oleh peneliti.

BAB IV.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1 HASIL PENELITIAN

4.1.1 Data dasar

Dari wilayah kerja Puskesmas Kagok yang terdiri dari 4 kelurahan yaitu Wonotingal, Candi, Tegalsari, dan Kaliwiru didapatkan wanita usia 50 tahun keatas sejumlah 3213 sedangkan yang dibutuhkan adalah 386 sampel penelitian. Untuk keperluan tersebut dipilih secara proporsional dimana dari kelurahan Wonotingal sebanyak 685×386 dibagi 3213 dibutuhkan 82 sampel dan ini diambil secara acak dari sejumlah 685. Dengan perhitungan dan cara yang sama dari kelurahan Candi 118, Tegalsari 152 dan Kaliwiru 34 terlihat pada tabel 1 di bawah ini :

Tabel 1. Wanita usia 50 tahun keatas di wilayah kerja Puskesmas Kagok

Kelurahan	Wanita \geq 50 tahun	Sampel
Wonotingal	685	82
Candi	981	118
Kaliwiru	282	34
Tegalsari	1265	152
Jumlah	3213	386

4.1.2 Kejadian inkontinensia urin

Dari jumlah 386 sampel tersebut yang mengaku mengalami inkontinensia urin 91 orang dan yang tidak mengalami 295 orang terlihat pada tabel 2.

Tabel 2. Kejadian inkontinensia urin

Inkontinensia urin	n	%
ya	91	23,6
tidak	295	76,4
Total	386	100

4.1.3 Kelompok umur

Pada usia < 60 tahun banyak yang tidak mengalami inkontinensia urin sedangkan usia > 60 tahun lebih banyak yang mengalami. Rerata umur yang mengalami inkontinensia urin adalah 65 (9) tahun dan yang tidak mengalami 63 (9) tahun. Pada inkontinensia urin kelompok umur 50 – 54 tahun didapatkan persentase A 12,1 % (11/91), persentase B 15,9 % (11/69) dan persentase C 2,8 (11/386) sedangkan yang tidak inkontinensia urin didapatkan persentase A 19,7 % (58/295), persentase B 84,1 % (58/69) dan persentase C 15,0 % (58/386). Dari hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan bermakna antara umur dengan kejadian inkontinensia urin ($p=0,245$) tampak pada tabel 3.

Tabel 3. Kelompok umur

Umur (th)	Inkontinensia urin				Tidak inkontinensia urin				Total n	P
	n	A %	B %	C %	n	A %	B %	C %		
50-54	11	12,1	15,9	2,8	58	19,7	84,1	15,0	69	0,136
55-59	13	14,3	19,7	3,4	53	18,0	80,3	13,7	66	0,512
60-64	23	25,3	26,1	6,0	65	22	73,9	16,8	88	0,616
>64	44	48,4	27,0	11,4	119	40,3	73,0	30,8	163	0,218
Total	91				295				386	0,245

Rerata(Simpang Baku):65(9)th Rerata(Simpang Baku):63(9)th

4.1.4 Lamanya menopause

Pada wanita yang mengalami menopause kurang dari 8 tahun banyak yang tidak mengalami inkontinensia urin sedangkan yang mengalami menopause lebih dari 8 tahun lebih banyak mengalami inkontinensia urin. Pada inkontinensia urin kelompok yang mengalami menopause > 1-2 tahun didapatkan persentase A 6,6 % (6/91), persentase B 17,6 % (6/34) dan persentase C 1,6 % (6/386) sedangkan pada wanita yang tidak inkontinensia urin didapatkan persentase A 9,5 % (28/295), persentase B 82,4 % (28/34) dan persentase C 7,3 % (28/386). Terdapat hubungan bermakna pada wanita yang mengalami menopause > 10 tahun dengan kejadian inkontinensia urin ($p=0,048$) tampak pada tabel 4.

Tabel 4. Lama menopause

Menopause	Inkontinensia urin				Tidak inkontinensia urin				Total	P
	n	A	B	C	n	A	B	C		
		%	%	%		%	%	%		
Belum	1	1,1	7,1	0,3	13	4,4	92,9	3,4	14	0,248
>1-2 th	6	6,6	17,6	1,6	28	9,5	82,4	7,3	34	0,521
>2-4 th	4	4,4	21,1	1,0	15	5,1	78,9	3,9	19	1,000
>4-6 th	7	7,7	21,9	1,8	25	8,5	78,1	6,5	32	0,985
>6-8 th	5	5,5	15,2	1,3	28	9,5	84,8	7,3	33	0,328
>8-10 th	7	7,7	21,9	1,8	25	8,5	78,1	6,5	32	0,985
>10 th	61	67,0	27,5	15,8	161	54,6	72,5	41,7	222	0,048
Total	91				295				386	0,411

4.1.5 Umur pertama kali mengalami inkontinensia urin.

Kejadian inkontinensia urin dirasakan untuk pertama kalinya berdasarkan kelompok umur didapatkan 19 orang (20,9 %) pada kelompok umur 50 – 54 tahun dan meningkat pada kelompok umur lebih tua. Rerata pertama kali mengalami inkontinensia urin adalah 61,4 (7,8)tahun tampak pada tabel 5.

Tabel 5. Pertama kali mengalami inkontinensia urin

Umur (tahun)	n	%
50 – 54	19	20,9
55 – 59	18	19,8
60 – 64	24	26,4
> 64	30	33,0
Total	91	100

Rerata (simpang baku) : 61,4(7,8) tahun

4.1.6 Tipe inkontinensia urin

Didapatkan 19 orang mengalami *stress incontinence* dengan rerata 61 (7) tahun, 22 orang mengalami *urge incontinence* dengan rerata 64 (10) tahun, dan 50 orang mengalami *mixed incontinence* dengan rerata 67(10) tahun. Pada *stress incontinence* kelompok umur 50 – 54 tahun didapatkan persentase A 15,8 % (3/19), persentase B 27,3 %(3/11) dan persentase C 3,3 %(3/91). Pada *urge incontinence* kelompok umur 50 – 54 tahun didapatkan persentase A 13,6 %(3/22), persentase B 27,3 %(3/11) dan persentase C 3,3 % (3/91) sedangkan pada *mixed incontinence* kelompok umur yang sama didapatkan persentase A 12,1 %(5/50), persentase B 45,5 %(5/11) dan persentase C 5,5 %(5/91). Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan bermakna antara umur dengan tipe – tipe inkontinensia urin ($p=0,760$) tampak pada tabel 6.

Tabel 6. Tipe inkontinensia urin berdasarkan kelompok umur

Umur (th)	<i>Stress incontinence</i>				<i>Urge incontinence</i>				<i>Mixed incontinence</i>				Total	P
	n	A %	B %	C %	n	A %	B %	C %	n	A %	B %	C %		
50-54	3	15,8	27,3	3,3	3	13,6	27,3	3,3	5	12,1	45,5	5,5	11	0,779
55-59	4	21,1	30,8	4,4	4	18,2	30,8	4,4	5	14,3	38,5	5,5	13	0,424
60-64	5	26,3	21,7	5,5	6	27,3	26,1	6,6	12	25,3	52,2	13,2	23	0,951
>64	7	36,8	15,9	7,7	9	40,9	20,5	9,9	28	48,4	63,6	30,8	44	0,264
Total	19				22				50				91	0,760
<i>Rerata(SB): 61(7) th</i>					<i>Rerata(SB): 64(10) th</i>				<i>Rerata(SB): 67(10) th</i>					

4.1.7 Frekuensi inkontinensia urin

Pada penelitian ini didapatkan inkontinensia urin pada siang hari dengan frekuensi 3 – 5 kali terbanyak yaitu 68 (74,8 %) demikian pula inkontinensia urin pada malam hari dengan frekuensi 3-5 kali terbanyak yaitu 54 (59,3 %) tampak pada tabel 7.

Tabel 7. Frekuensi inkontinensia

Frekuensi (kali)	Siang	Malam
	n (%)	n (%)
< 2	2 (2,2)	28 (30,8)
3-5	68 (74,8)	54 (59,3)
>6	21 (23,0)	9 (9,9)
Total	91	91

4.1.8 Paritas

Dari gambaran paritas didapatkan wanita dengan jumlah paritas kurang dari 5 tidak banyak mengalami inkontinensia urin sedangkan paritas lebih dari 5 banyak mengalami inkontinensia urin. Pada inkontinensia urin dengan paritas 0 didapatkan persentase A 15,4 %(14/91), persentase B 28,0 %(14/50) dan persentase C 3,6 %(14/386) sedangkan yang tidak inkontinensia urin didapatkan persentase A 12,2 %(36/295), persentase B 72,0 %(36/50) dan persentase C 9,3 %(36/386). Hasil uji statistik menunjukkan ada hubungan bermakna antara jumlah paritas > 5 dengan kejadian inkontinensia urin ($p=0,034$) tampak pada tabel 8.

Tabel 8. Paritas

Paritas	Inkontinensia urin				Tidak inkontinensia urin				Total n	P
	n	A %	B %	C %	n	A %	B %	C %		
P 0	14	15,4	28,0	3,6	36	12,2	72,0	9,3	50	0,541
P 1	4	4,4	23,5	1,0	13	4,4	76,5	3,4	17	1,000
P 2	5	5,5	12,8	1,3	34	11,5	87,2	8,8	39	0,142
P 3	10	11,0	17,9	2,6	46	15,6	82,1	11,9	56	0,358
P 4	13	14,3	22,4	3,4	45	15,3	77,6	11,7	58	0,954
P 5	7	7,7	16,7	1,8	35	11,9	83,3	9,1	42	0,355
P > 5	38	41,8	30,6	9,8	86	29,2	69,4	22,3	124	0,034
Total	91				295				386	0,194

4.1.9 Cara persalinan sebelumnya

Pada inkontinensia urin untuk kelompok dengan partus spontan didapatkan persentase A 94,9 % (74/78), persentase B 22,6 % (74/328) dan persentase C 22 % (74/386) sedangkan pada yang tidak inkontinensia urin dengan kelompok yang sama didapatkan persentase A 98,4% (254/258) , persentase B 77,4% (254/328) dan persentase C 75,6 % (254/386). Dari hasil uji statistik menunjukkan hubungan bermakna antara cara persalinan dengan inkontinensia urin ($p=0,007$) tampak pada tabel 9.

Tabel 9. Cara persalinan

Cara persalinan	Inkontinensia urin				Tidak inkontinensia urin				Total	P
	n	A %	B %	C %	n	A %	B %	C %		
Spontan kepala	74	94,9	22,6	22	254	98,4	77,4	75,6	328	0,164
Sungsang	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Ekstraksi vakum	3	3,8	100	0,9	0	0	0	0	3	0,013
Ekstraksi forseps	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Seksio sesarea	1	1,3	20,0	0,3	4	1,6	80,0	0	5	1,000
Total	78				258			1,2	386	0,007

4.1.10 Faktor yang berpengaruh kejadian inkontinensia urin

Wanita yang menderita penyakit kencing manis, infeksi saluran kemih, penyakit jantung banyak yang mengalami inkontinensia urin sebaliknya yang tidak sakit sebagian besar tidak mengalami inkontinensia urin tampak pada tabel 10.

Tabel 10. Faktor yang berpengaruh kejadian inkontinensia urin

Penyakit	Inkontinensia urin	%	Tidak inkontinensia urin	
				%
ISK	3	3,3	5	1,7
Operasi obgin	6	6,6	17	5,8
Trauma pelvis	7	7,7	8	2,7
Stroke	3	3,3	3	1,0
DM	5	5,5	3	1,0
Jantung	3	3,3	3	1,0
Tidak sakit	64	70,4	256	86,8
Jumlah	91	100	295	100

4.1.11 Pekerjaan

Didapatkan wanita yang tidak bekerja banyak yang tidak mengalami inkontinensia urin sedangkan yang bekerja buruh, swasta lebih banyak mengalami inkontinensia urin. Pada inkontinensia urin kelompok yang tidak bekerja didapatkan persentase A 71,4 %(65/91), persentase B 22,4 %(65/290) dan persentase C 16,8 %(65/386) sedangkan yang tidak mengalami inkontinensia urin pada kelompok tersebut didapatkan persentase A 76,3 %(225/295), persentase B 77,6 %(225/290) dan persentase C 58,3 %(225/386). Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan bermakna antara pekerjaan dengan kejadian inkontinensia urin tampak pada tabel 11.

Tabel 11. Pekerjaan

Pekerjaan	Inkontinensia urin				Tidak inkontinensia urin				Total	P
	n	A	B	C	n	A	B	C		
		%	%	%		%	%	%		
Tidak bekerja	65	71,4	22,4	16,8	225	76,3	77,6	58,3	290	0,428
Buruh	8	8,8	28,6	2,1	20	6,8	71,4	5,2	28	0,678
PNS	5	5,5	16,1	1,3	26	8,8	83,9	6,7	31	0,425
Swasta	13	14,3	35,1	3,4	24	8,1	64,9	6,2	37	0,124
Total	91				295				386	0,231

4.1.12 Perilaku akibat inkontinensia urin

Perilaku yang terjadi pada responden yang mengaku mengalami inkontinensia urin dalam hal kebiasaan mengganti celana dalam terbanyak 3 – 5 kali perhari tetapi ada yang tidak memakai sebanyak 8 orang seperti terlihat pada tabel 12.

Tabel 12. Perilaku yang terjadi akibat inkontinensia urin

Mengganti celana dalam (kali/hari)	n	%
2	31	34,1
3-5	48	52,7
>6	4	4,4
Tanpa	8	8,8
Total	91	100

4.1.13. Akibat inkontinensia urin

Pada responden sejumlah 91 orang yang mengalami inkontinensia urin 60 (65, 9 %) merasa terganggu dan 31 (34,1 %) tidak merasa terganggu atau menganggap biasa tampak pada tabel 13.

Tabel 13. Akibat inkontinensia urin

Merasa terganggu	n	%
Ya	60	65,9
Tidak/biasa	31	34,1
Total	91	100

4.1.14 Perasaan yang timbul

Perasaan – perasaan yang timbul akibat inkontinensia urin terbanyak merasakan terganggu tidurnya yaitu 58 (63,7 %) dan merasa sedih 20 (22,0%) terlihat pada tabel 14.

Tabel 14. Perasaan yang timbul akibat inkontinensia urin

Perasaan	n	%
Sedih	20	22,0
Pesimis	2	2,2
Perasaan gagal	0	0
Perasaan tidak puas	3	7,7

Perasaan berdosa / bersalah	0	0
Perasaan dihukum	0	0
Membenci diri sendiri	3	3,3
Ingin bunuh diri	0	0
Menangis	0	0
Gampang tersinggung	0	0
Terganggu tidur	58	63,7
Hilang selera makan	0	0
Berat badan menurun	1	1,1
Kehilangan selera seksual	0	0

4.1.15 Usaha mengatasi inkontinensia urin

Beberapa orang wanita berusaha untuk mencari pertolongan pengobatan untuk mengatasi inkontinensia urin yang mereka alami baik ke dokter maupun cara pengobatan tradisional dan senam tetapi banyak juga yang tidak pernah sama sekali berusaha mengobati karena malu atau menganggap biasa terjadi pada wanita tua dapat dilihat pada tabel 15.

Tabel 15. Usaha untuk mengatasi inkontinensia urin

Usaha yang dilakukan	n	%
Berobat ke Dokter	12	13,2
Berobat tradisional	4	4,4
Senam / olah raga	5	5,5
Tidak ada usaha	70	76,9
Total	91	100

4.2. PEMBAHASAN

Sebagian besar ahli mendefinisikan inkontinensia urin menurut ICS yaitu berdasarkan kebocoran urin yang dapat dilihat secara obyektif. Hingga saat ini untuk membuktikan secara obyektif penderita inkontinensia urin masih banyak kontroversi. Para ahli merasa lebih cocok menggunakan pemeriksaan urodinamik sebagai sarana untuk membuktikan secara obyektif penderita inkontinensia urin, tetapi ada pula dengan melakukan pemeriksaan *pad test* sebagai pemeriksaan obyektif sebagai pengganti pemeriksaan obyektif secara langsung (urodinamik)²⁷.

Penelitian ini adalah penelitian pendahuluan (*pilot study*) tentang kejadian inkontinensia urin pada wanita usia lebih lima puluh tahun di wilayah kerja Puskesmas Kagok di kota Semarang. Oleh karena adanya keterbatasan dalam hal waktu, biaya dan tenaga, dilakukan dengan wawancara menggunakan kuesioner yang telah dirancang. Dari penelitian ini didapatkan jumlah sampel sesuai perhitungan sebanyak 386 orang wanita yang berusia lima puluh tahun keatas. Dari jumlah tersebut didapatkan 91 (23,6 %) mengaku mengalami inkontinensia urin dan 295 (76,4%) tidak inkontinensia urin. Dari penelitian – penelitian di luar negeri pada wanita usia lebih 60 tahun (dari hasil studi metaanalisa yang dilakukan oleh Hampel dkk) didapatkan prevalensi inkontinensia urin yang berbeda – beda dengan rentangan prevalensi antara 4,5 hingga 44 % dengan rata – rata 23,5%. Pada penelitian oleh Hellstrom dkk di kota Goteborg – Swedia terhadap 974 wanita dan pria berusia 85 tahun mendapatkan prevalensi inkontinensia urin yang dibuktikan

dengan “pad test “ sebesar 43,2 %, sedangkan Lee dkk meneliti wanita usia lebih 65 tahun di Singapura sebanyak 4,6 % mengalami inkontinensia urin dari sampel 919 .

Adanya perbedaan prevalensi inkontinensia urin pada beberapa peneliti ini disebabkan adanya perbedaan definisi, metodologi, kelompok umur, negara dan etnis yang diteliti ^{4,10, 25,28} .

Rerata penderita inkontinensia urin pada penelitian ini 65 (9)tahun, sedangkan rerata usia pertama kali menderita inkontinensia urin 61,4 (7,8) tahun. Pada penelitian ini didapatkan hubungan bermakna pada wanita yang mengalami menopause > 10 tahun dengan kejadian inkontinensia urin. Dari data ini terlihat kejadian inkontinensia urin terjadi setelah menopause (pasca menopause), hal ini mendukung adanya hipoestrogen pada wanita pasca menopause sebagai salah satu faktor terjadinya inkontinensia urin. Pada penelitian Cundiff GW dkk, mendapatkan bahwa hipoestrogen lebih banyak dijumpai pada wanita yang mengalami *urge & mixed incontinence* dibandingkan *stress incontinence* . Sedangkan Dolan IM dkk, dari penelitiannya tidak mendapatkan perbedaan prevalensi yang bermakna antara wanita sebelum dan sesudah menopause dengan usia 45 – 54 tahun ²⁹ .

Tipe inkontinensia urin pada penelitian ini berdasarkan wawancara dengan menggunakan kuesioner ada 3 kelompok masing – masing *stress incontinence* 19 (20,8%), *urge incontinence* 22 (24,2%), dan tipe *mixed incontinence* sebanyak 50 (55,0%). Disini tampak bahwa *stress incontinence* didapatkan pada usia lebih muda, hal ini ada kesamaan dengan beberapa

literatur di mancanegara untuk tipe ini paling banyak didapatkan pada usia < 60 tahun. Kondo dkk yang melakukan penelitian terhadap 1105 wanita di Jepang mendapatkan insidens *stress incontinence* menurun setelah usia 55 tahun tetapi *urge incontinence* meningkat dengan bertambahnya usia ²⁹. O'Brien J dkk (1989) melakukan penelitian di Somerset, Kepulauan Solomon, tentang inkontinensia urin pada orang dewasa usia > 35 tahun mendapatkan prevalensi inkontinensia urin pada wanita 16,3 %. Pada wanita usia muda (35 – 54 tahun) 65 % mengalami *stress incontinence* tetapi pada wanita usia > 65 tahun proporsi *stress incontinence* menurun hingga 40 % dan pada wanita usia > 85 tahun turun lagi hingga 20 %, sedangkan prevalensi *urge & mixed incontinence* meningkat seiring dengan meningkatnya usia ³⁰. Pada penelitian secara statistik tidak ada hubungan bermakna antara umur dengan tipe – tipe inkontinensia urin (tabel 6).

Frekuensi inkontinensia urin pada siang hari dan pada malam hari pada penelitian ini didapatkan antara 3 – 5 kali terbanyak yaitu masing – masing 74,8 % dan 59,3 %. Dengan frekuensi inkontinensia urin yang demikian seringnya mengakibatkan terganggu tidur dan perilaku mengganti celana dalam lebih banyak.

Jumlah paritas lebih dari 5 banyak yang mengalami inkontinensia urin yaitu 38 (41,8%), sedangkan macam persalinan sebelum terjadinya inkontinensia urin yang terbanyak adalah spontan kepala yaitu 74 orang (94,9 %). Hasil uji statistik menunjukkan hubungan bermakna antara jumlah paritas > 5 dengan kejadian inkontinensia urin ($p=0,034$) . Demikian juga terdapat

hubungan bermakna cara persalinan dengan inkontinensia urin ($p=0,007$). Adanya jumlah persalinan yang banyak dan persalinan pervaginam yang juga banyak mendukung sebagai faktor – faktor penyebab inkontinensia urin meskipun kualitas dari persalinan itu sendiri pada penelitian ini tidak terungkap. Beberapa faktor lain yang diduga sebagai penyebab inkontinensia urin di antaranya adalah infeksi saluran kemih, kelainan neurologi, penyakit jantung, diabetes mellitus, riwayat operasi ginekologi dan riwayat trauma pada pelvis / punggung terlihat pada tabel 10. Hal ini menunjukkan bahwa selain menopause karena hipoeestrogen masih banyak faktor lain yang dapat menjadi penyebab inkontinensia urin baik sebagai faktor tunggal maupun bersamaan.

Dari penelitian ini didapatkan 60 (65,9%) merasa terganggu dengan terjadinya inkontinensia urin dan 31 (34,1%) merasa tidak terganggu. Usaha yang dilakukan untuk mengatasi inkontinensia urin ini ke dokter 13,2 %, berobat tradisional 4,4 %,melakukan senam / olah raga 5,5 % , tetapi lebih banyak yang tidak melakukan usaha apapun yaitu 76,9%. Hal ini menunjukkan bahwa kemungkinan wanita yang mengalami inkontinensia urin malu atau tidak tahu harus berobat kemana atau malah menganggapnya sebagai hal yang biasa terjadi pada usia lanjut.

BAB V.

SIMPULAN

Sebagai simpulan dari penelitian ini adalah :

- Angka kejadian inkontinensia urin pada wanita usia diatas lima puluh tahun sebesar 23,6 %.
- Didapatkan 3 tipe inkontinensia urin yaitu *stress incontinence* 19 (20,8%), *urge incontinence* 22 (24,2%) dan *mixed incontinence* 50 (55,0%).
- Didapatkan hubungan bermakna antara jumlah paritas > 5, lama menopause > 10 tahun dan cara persalinan dengan kejadian inkontinensia urin sedangkan jenis pekerjaan dan umur tidak didapati hubungan bermakna.
- Akibat inkontinensia urin menimbulkan gangguan perasaan dan perilaku.
- Usaha mengatasi inkontinensia urin berobat ke dokter 12(13,2%), senam/olahraga 5 (5,5%), pengobatan tradisional 4 (4,4%) tetapi masih lebih banyak tidak melakukan usaha 70 (76,9%).

BAB VI.

SARAN

Walaupun inkontinensia urin bukan merupakan suatu keadaan yang membahayakan hidup, namun dapat menurunkan kualitas hidup, menyebabkan stres dan merupakan morbiditas pada masyarakat. Inkontinensia urin tidak hanya merupakan problem kesehatan tetapi juga sosial, oleh karenanya pada kesempatan ini dapat kami sarankan :

- Perlu adanya klinik khusus uroginekologi yang dapat mengatasi hal ini
- Perlu kerjasama yang melibatkan multidisiplin ilmu, lintas sektor dan lintas program untuk penanganan diagnostik, terapeutik, dan rehabilitatif
- Perlu penelitian lebih lanjut dari hasil penelitian *pilot study* ini dengan melibatkan jumlah sampel populasi lebih besar dan penegakan diagnostik obyektif dengan *pad test* atau dengan pemeriksaan urodinamik.

DAFTAR PUSTAKA

1. Noerpramana NP. Permasalahan pada menopause. Dalam : Kristanto,dkk.Peran keluarga dalam kesinambungan kesehatan menopause, Semarang 1999.
2. Surjadi LM, Purwara SH. Tinjauan dugaan inkontinensia urin pada penderita yang datang ke poliklinik ginekologi RS. Hasan Sadikin Bandung. Pertemuan Ilmiah Tahunan POGI X, Ujung Pandang 1997.
3. Samil RS. Wanita di usia maturitas dan organisasi menopause. Pertemuan Ilmiah Tahunan POGI XI, Semarang 1999.
4. Soejoenoes A. Beberapa penyakit dan kelainan alat reproduksi wanita menjelang usia senja. Dalam : Pramono N,dkk. Simposium kesehatan wanita menjelang usia senja. BP Undip,Semarang 1992.
5. Sherburn et al. Urinary incontinence. *Obstet & Gynecol*, 2001;4 : 628 – 33.
6. Aging changes in the female reproduction system,1999. Wysiwyg://53/http://health.exite.com/info/
7. Junizaf. Masalah inkontinensia urin. Pertemuan Ilmiah Tahunan POGI XI, Semarang 1999.
8. Yuwana R. Permasalahan inkontinensia urin pada wanita. Pertemuan Ilmiah Tahunan POGI XI, Semarang 1999.
9. Milsom I, Ekelund P, Molander U et al. The influence of age, parity, oral contraception, hysterectomy and menopause on the prevalence of

- urinary incontinence in women. J of Urology 1993; June(149): 1459-62.
10. Wall U. Incontinence, prolaps and disorders of pelvic floor. Novak's Gynecology 12th ed. Baltimore : William & Wilkins; 1997 : 628-69.
 11. Norton P, Karram M, Wall L, et al. Randomised double blinded trial of terodiline in the treatment of urge incontinence in women. Obstet & Gynecol 1994; 84 : 386-91.
 12. Praptoharjo U. Persiapan menghadapi menopause. Pertemuan Ilmiah Tahunan POGI XI Semarang 1999.
 13. Milsom I. Rationale prescribing for postmenopausal urogenital complaints. Medical progress 1996; Dec :23-6.
 14. Gunardi ER. Perbandingan efektifitas pengobatan estriol secara oral dan topikal intravaginal pasca menopause. Tinjauan klinik dan laboratorium terbatas (Skripsi). Jakarta : Program studi obstetri dan ginekologi FKUI, 1993.
 15. Molander U, Milsom I, Ekelund P, Arvidson L, Erikson O. A health care program for the investigation and treatment of elderly women with urinary incontinence and related urogenital symptoms.. Acta Obstet Gynaecol Scand 1991; 70 :137 – 42.
 16. Wall LL. Incontinence, prolaps and disorders of the pelvic floor. Dalam : Berek JS, Adashi EY, Hillard PA eds. Novak's Gynaecology. Baltimore : Williams and Wilkins; 1996: 524-54.

17. Sutherst JR, Frazer MI, Richmond et al. Introduction to clinical gynaecological urology. 1th ed. Cambridge : Butterworth-Heinemann; 1990 : 16-120.
18. Cardoso L, Cutner A, Wise B. Basic urogynaecology. New York. Oxford University Press; 1993 : 17-93.
19. Robinson D, Norton Pa. Diagnosis and management of urinary incontinence. Dalam : Williams JM, Stouall Thomas, editors. Gynecologic surgery. Churchill Living; 1996 : 695 – 707.
20. Blaivas JG, Romanzi LJ, Heritz DM. Urinary incontinence : Pathophysiology. Evaluation, treatment and non surgical management. Campbell's Urology. 7th ed WB Saunders Company, Philadelphia; 1997: 1007-36.
21. Josoprawiro MJ. Inkontinensia urin dan gejala urogenital terkait pada wanita usia lanjut. Pertemuan Ilmiah Tahunan X POGI. Ujung Pandang, 1997: 965, 1037-75.
22. Baziad A, Santosa Imam, Josoprawiro MJ. Terapi hormonal pengganti dan sindroma urogenital. Pertemuan Ilmiah Tahunan X POGI. Ujung Pandang, 1997 : 1-7.
23. Lim Peter HC. Overview on urinary incontinence and treatment : A clinical background to types, test and treatment the female patient. Singapore. Expert media; 2001:5-18.
24. Urge incontinence. 199. <http://health.exite.com/info/id-001270>

25. National Kidney and urologic Disease Information Cleringhouse (NIDDK) .Urinary incontinence in women. Washington :NIH Publication,July 1997.
26. Pranarka Kris. Inkontinensia urin pada usia lanjut. Dalam : Seminar inkontinensia urin Semarang. Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro 2001.
27. Bump RC. Discussion: Epidemiology of urinary incontinence .Urology.1997 :50(suppl):6A:15-16.
28. Hampel C.Wienhold D.Benken N et al. Definition of overactive bladder and epidemiology of urinary incontinence. Urology;1997:50 (suppl):6 A.
29. Dolan LM, Casson K, McDonald P. Urinary incontinence in Northern Ireland : a prevalence study. BJU International,1999;83 :760-6.
30. O'Brien J, Austin M, Sethi P et al. General practice. Urinary incontinence : prevalence, need for treatment and effectiveness of intervention by nurse.BMJ.1991;Nov.303:1308-12.